

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

324

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MADAME NINE BAC

Née à Paris le 14 octobre 1900

La survie dans les ruptures de l'aorte abdominale

Président : M. LEGUEU, Professeur.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine
15, rue Racine, 15

1927



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MADAME NINE BAC

Née à Paris le 14 octobre 1900

La survie dans les ruptures
de l'aorte abdominale

Président : M. LEGUEU, Professeur.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine
15, rue Racine, 15

1927

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale	NICOLAS.
Physiologie	CUNEO.
Physique médicale	ROGER.
Chimie organique et chimie générale	STROHL.
Bactériologie	DESCREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	LEMIERRE.
Parasitologie et thérapeutique générales. B.	BRUMPT.
Pathologie médicale	Marcel LABBE.
Pathologie chirurgicale	SICARD.
Anatomie pathologique	LECENE.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	PRENANT.
Thérapeutique	TIFFNEAU.
Hygiène	CARNOT.
Médecine légale	Léon BERNARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	MENETRIER.
	RATHERY.
	N.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.

Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMRBEDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIERE.
	BRANCA.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI, Pathologie médicale.
AUBERTIN, Pathologie médicale.
BAUDOIN, Pathologie médicale.
BINET, Physiologie.
BLANCHETIERE,, Chimie biologique.
BRULE, Pathologie médicale.
CADENAT, Pathologie chirurgicale.
CHAMPY, Histologie.
CHIRAY, Pathologie médicale.
CLERC, Pathologie médicale.
DEBRE, Hygiène.
DUVOIR, Médecine légale.
ECALLL, Obstétrique.
FIESSINGER, Pathologie médicale.
GARNIER, Pathologie expérimentale.
HARVIER, Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER, Urologie.
HOVELACQUE, Anatomie.

MM.

I. de JONG, Anatomie pathologique.
JOYEUX, Parasitologie.
LABBE (Henri), Chimie biologique.
LARDENNOIS, Pathologie chirurgicale.
LEAITRE, Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL, Obstétrique.
LHERMITE, Pathologie mentale.
LIAN, Pathologie médicale.
MATHIEU, Pathologie chirurgicale.
METZGER, Obstétrique.
MONDOR, Pathologie chirurgicale.
MOURE, Pathologie chirurgicale.
MULON, Histologie.
PHILIBERT, Bactériologie.
RICHEF Fils, Physiologie.
VAUDESCAL, Obstétrique.
VERNE, Histologie.
VELTER, Ophtalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE.

Pour le Service des Examens.

MM.

GUENIOT, Obstétrique.
GOUGEROT, Pathologie médicale.

MM.

RETTERER, Histologie.
TANON, Pathologie médicale.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

M. LE PROFESSEUR VIDAL,

M. LE DOCTEUR FLORAND.

M. LE DOCTEUR CUNEO,

M. LE DOCTEUR VIART,

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE,

M. LE DOCTEUR LORTAT-JACOB,

M. LE PROFESSEUR MARFAN.

M. LE PROFESSEUR LECUEU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LEGUEU

Professeur de Clinique urologique,

Chirurgien de l'Hôpital Necker,

Membre de l'Académie de Médecine,

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse et qui, depuis plusieurs années, nous a réservé, dans son service, l'accueil le plus bienveillant et le plus affectueux.

Hommage respectueusement reconnaissant.

Au DOCTEUR VERLIAC,

Chef de Laboratoire à la Clinique enologique

de l'Hôpital Necker.

Qui nous a donné le sujet de ce travail et nous a prodigué ses conseils précieux et bienveillants.

En témoignage de ma respectueuse affection.

AU DOCTEUR FEY,
Chirurgien des Hôpitaux.

Avec nos remerciements pour l'observation qu'il nous a si aimablement communiquée.

Nos plus sympathiques sentiments.

AU DOCTEUR BAC,
Chef de consultation à la Clinique urologique
de l'Hôpital Necker.

En toute affection.

La survie dans les ruptures de l'aorte abdominale

Nous avons observé dans le service de notre maître le Professeur Legueu un cas de rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale avec survie notable qui entraîna une erreur de diagnostic.

Le Docteur Verliac nous ayant communiqué une seconde observation de rupture d'un anévrisme méconnu de l'aorte abdominale ayant également entraîné une erreur de diagnostic, il nous a paru qu'il pourrait être intéressant de rechercher dans la littérature médicale les cas du même ordre pour tâcher d'en connaître la fréquence et d'en étudier le mécanisme.

Nous avons pu relever un certain nombre de ces cas, toutefois il est curieux de remarquer que chacun des rapporteurs de ces observations considère comme une rareté le cas qu'il présente.

En effet, s'il est classique que les ruptures de l'aorte, et surtout de ses anévrismes au niveau de la crosse ou de la portion thoracique sont susceptibles d'une survie

prolongée, atteignant communément 15 et 20 mois et même, dans des cas exceptionnels, 4 ans (Corvisart, Moore, Murchison); il semble, au contraire que pour les ruptures siégeant à la portion abdominale il n'en soit pas ainsi et qu'il soit classique de considérer la mort brusque comme une conséquence fatale de la rupture de l'aorte abdominale.

Nous avons l'intention de montrer dans ce travail quelles atténuations on doit apporter à cette opinion trop catégorique.

L'intérêt qu'apporte cette notion nouvelle n'est pas seulement théorique.

Elle doit permettre, dans des cas semblables aux nôtres, de penser à la rupture de l'aorte et de ne pas l'éliminer d'emblée en raison même de la survie. Elle permettra d'éviter quelques erreurs de diagnostic, ou empêchera des interventions opératoires à tout le moins superflues.

Mais, d'abord, qu'entendrons-nous par survie. Nous savons que les ruptures de l'aorte et de ses anévrysmes se font toujours ou presque toujours en plusieurs temps, les ruptures en un temps n'ayant guère lieu que dans le tiers des cas. La tunique interne cède la première avec la média et, en second temps, la tunique externe se rompt sous la pression du sang. Un troisième temps peut même être réalisé lorsque la rupture se fait en un point où l'artère est en rapport avec une séreuse. Il faut, après la rupture de la tunique interne, plusieurs heures pour que le sang épanché arrive à dilacérer les fibres de la média et rompre définitivement le vaisseau. Ce n'est

pas ce travail de dilacération, de ruptures successives des tuniques que nous considérerons comme survie après la rupture: pour nous, la rupture n'existe qu'à partir du moment où toutes les tuniques ont cédé et où le sang fait irruption en dehors de l'artère. Aussi éliminerons-nous, du cadre de notre étude, la formation d'un anévrisme disséquant.

L'anévrisme disséquant, mécanisme le plus habituel de la rupture de l'aorte (Martin, Dürr) se produit après fissure de la tunique interne et décollement des lames élastiques de la média par le sang qui s'infiltre, décollement pouvant d'ailleurs se prolonger très loin du point de rupture initial, soit sur les vaisseaux du cou, soit même jusqu'au creux poplité (Rokitanski). La survie, dans ces cas, est très variable: de quelques heures seulement dans les cas où, aussitôt formé, l'anévrisme disséquant fait pression sur la tunique externe et rompt celle-ci en un point où sa résistance se trouve amoindrie (et alors il y a rupture rapide en deux temps), elle peut se prolonger très longtemps. Elle a été trouvée de 80 heures (Durand), 8 jours (Nissim), 2 jours (Pilliet), 4 jours (Maindron)... et même Letulle a publié un cas de guérison spontanée. Cet anévrisme disséquant, parti de la crosse, avait fusé sur toute la longueur de l'aorte et avait guéri par eudartérite végétante.

Laissant de côté ces ruptures, nous envisagerons donc sous les cas où, l'aorte rompue dans sa totalité, le sang fait irruption hors du vaisseau, se répandant dans les tissus ou organes voisins.

Nous n'envisagerons pas, dans ce travail, la patho-

génie des anévrysmes ou de l'aortite qui précède la rupture; nous noterons, seulement, que l'aorte peut être ou non anévrysmatique. Nous rechercherons en quoi cet état antérieur peut exercer une influence, d'une part, sur la fréquence de la modalité de la rupture, d'autre part, sur les causes de la survie.

Mais voyons, tout d'abord, quelles sont les causes des ruptures au niveau de l'aorte.

C'est un fait bien connu que l'anévrysme prédispose à la rupture et peut-être même plus spécialement l'anévrysme qui se manifeste le moins bruyamment au cours de sa formation et de son évolution. Mais, surtout la rupture est le mode de terminaison le plus habituel des anévrysmes de l'aorte abdominale (3/4 des cas) à moins que de solides adhérences ou d'épais caillots fibrineux actifs n'empêchent cette redoutable complication.

S'agit-il de rupture de l'aorte non extasiée, l'athérome est alors la grande cause de rupture. Les lésions athéromateuses déterminent, en effet, une fragilité anormale de la paroi artérielle. Et si la déchirure ne siège pas toujours au niveau d'une plaque athéromateuse et si on note souvent l'absence de lésions microscopiquement appréciables au point de rupture, on constate, cependant, dans presque tous les cas des altérations histologiques notables. Ces altérations consistent en une dégénérescence graisseuse des cellules des tuniques interne et moyenne, en une sclérose de l'aorte avec amincissement de la paroi et existence de zones homogènes et granuleuses dans la tunique moyenne en une atrophie

ds fibres élastiques et une dégénérescence fibrohyaline de l'eudartère.

A côté de l'athérome, il faut noter la grande part qui revient à l'aortite scléro atrophique syphilitique.

Rohrlich, dans sa thèse, a bien montré le rôle important de ces lésions dans la pathogénie des ruptures et plus spécialement des ruptures chez les gens jeunes, alors que le vaisseau est d'apparence saine.

En dehors de ces grandes causes de rupture: aortite scléroatrophique, athérome, anévrysme, on doit citer l'aortite ulcéreuse primitive, l'aortite typhoïdique (Adam, Good, Bronardel et Vibert). Enfin, la rupture spontanée de l'aorte peut être favorisée par un amincissement considérable et étendu de l'artère avec un état papyracé et atrophie presque complète de la tunique moyenne. Cependant, dans ces derniers cas, la survie n'est guère possible. La rupture se fait rapidement et l'aorte éclate en quelque sorte, donnant alors lieu à une hémorragie foudroyante.

A ces causes lointaines et prédisposantes de rupture nous savons que s'ajoutent, habituellement, des causes secondaires et occasionnelles. Un effort, un traumatisme, une chute, une compression, un accès de toux, provoquent l'accident. La rupture est favorisée par l'hypertrophie du cœur et l'hypertension artérielle.

Cependant, dans nombre d'observations, la rupture est survenue sans cause appréciable. Il suffit du reste, expérimentalement, d'une pression de 2 ou 3 atmosphères pour déterminer une rupture au niveau d'une plaque athéromateuse.

Sous l'influence d'une de ces différentes causes, la paroi aortique cédant, que se passe-t-il ?

Qu'il s'agisse de rupture aortique chez un sujet n'ayant jamais présenté ses symptômes cardio-vasculaires, ou, au contraire, de rupture d'un anévrysme les signes sont les mêmes : ce sont des signes d'hémorragie interne et des douleurs.

Le sujet est pris subitement, spontanément, ou à l'occasion d'un effort, d'une douleur abdominale intolérable qui lui arrache des cris. Il a la sensation que quelque chose se rompt et, parfois même, qu'un liquide chaud s'épanche en lui. Cette douleur est sujette à des paroxysmes très intenses et très rapprochés. Elle présente des irradiations fulgurantes dans le dos, dans les régions lombaires et le long des cuisses. Il s'y ajoute de la contracture et du spasme intestinal. Les vomissements sont fréquents et répétés, et, dans une de nos observations, on avait cru tout d'abord à une appendicite.

Le malade est pâle, les lèvres, le visage, les téguments, deviennent blafards. Cette pâleur s'accompagne, le plus souvent, d'angoisse que le malade rapporte à la région précordiale. Les yeux sont fixes, les membres glacés ; le pouls est petit, accéléré. Le malade est secoué d'un frisson intense suivi de sueurs auxquelles succède une sensation de froid. Stockes a, le premier, attiré l'attention sur un état d'excitation qu'entraînent parfois ces hémorragies subites : le malade est hagard, sa physiologie exprime le désespoir, et il est pris d'une excitation anxieuse et souvent de mouvements épileptiformes.

Les pupilles se contractent puis se relâchent tandis que le malade défaille.

Puis peu à peu la conscience renaît, les douleurs s'atténuent, le pouls est faible, arythmique, dépressible, les bruits du cœur sont sourds. Si la vie se prolonge, on peut constater de la cyandose, des marbrures violettes, larges et étendues (Pilliet. Enfin, une nouvelle syncope survient, le malade pousse un cri et meurt.

Tel est le tableau que l'on observe, le plus souvent, dans les ruptures de l'aorte abdominale et de ses anévrysmes. Mais, parfois, après une première syncope ou même sans qu'il y ait eu de perte de connaissance, le malade se calme, le pouls se renforce peu à peu, et au bout d'un certain temps le patient peut reprendre une vie sensiblement normale. Quelquefois, à la pâleur anémique succède un léger ictère des téguments.

Le malade, à ce moment, présente, dans la région abdominale, des douleurs sourdes, profondes. De temps à autre, surviennent des paroxysmes extrêmement douloureux nécessitant l'emploi de la morphine. Ces douleurs irradient vers les cuisses, dans les lombes et les régions rénales; elles s'accompagnent de sensation de refroidissement et d'engourdissement. Le malade présente une constipation très marquée. Dans plusieurs observations, nous avons pu noter de l'anurie, soit par compression de l'épanchement sanguin sur les vaisseaux du rein, soit par hypotension artérielle; un de nos malades subit ainsi une néphrostomie, le diagnostic de rupture d'anévrysme abdominal ayant été fait, ce qui est fréquent, à l'autopsie seulement.

L'examen du malade pratiqué à ce moment montre à la palpation, une tumeur dans la région abdominale; cette tumeur s'étend parfois dans les régions rénale ou hypogastrique. Elle est mate à la percussion et animée de battements rythmés et expansifs; parfois, on note un bruit de souffle. S'agit-il d'un malade porteur d'un anévrisme abdominal connu, on constate souvent la disparition de la tumeur pulsatile initiale. En général, la ou les nouvelles tumeurs perçues restent stationnaires, augmentant seulement de volume au moment où le malade présente à nouveau tous les signes d'un nouvel épanchement sanguin avec nouvelle angoisse et sensation de défaillance. Mais, comme dans plusieurs de nos observations, on peut constater l'apparition de nouvelles tumeurs abdominales ou lombaires. Ces nouvelles tumeurs ne s'accusant parfois que par des douleurs sourdes, par de la pesanteur dans les reins et par de douleurs le long des cuisses. Nous verrons, dans les observations qui suivent, qu'un malade présentait, dans les derniers jours de sa vie, de petites tumeurs se formant par intervalle et allant se loger dans l'aîne gauche, dans le triangle de Scarpa, dans la région lombaire gauche. C'est en effet à gauche que se produisent, le plus souvent, ces tumeurs diffuses, consécutives aux ruptures de l'aorte abdominale.

L'état général des malades peut se maintenir assez bon pendant un temps variant de quelques jours à plusieurs mois. Puis des signes d'hémorragie foudroyante apparaissent et le malade meurt. Les tumeurs décrites plus haut se sont ouvertes dans la grande cavité péri-

tonéale amenant la mort subite. D'autres fois, la mort survient lentement, en six mois dans un de nos cas, par cachexie progressive due, pour une bonne part, à la soustraction d'une grande quantité de sang à la circulation générale. On observe alors tous les signes d'une néoplasie maligne.

Tel est le tableau clinique dans les rupture de l'aorte abdominale : syndrome d'hémorragie interne et apparition d'une ou plusieurs tumeurs douloureuses dans les régions abdominale, lombaire, rénale.

L'ouverture de l'anévrysme, ou de l'aorte, se fait parfois dans un organe creux, l'estomac dans un de nos cas, mais le plus souvent l'hémorragie a lieu dans le tissu cellulaire voisin sous péritonéal ou dans la grande cavité péritonéale, si la rupture intéresse le péritoine pariétal.

Or, de même que l'ouverture dans un organe creux ou dans une cavité naturelle n'a pas toujours pour conséquence immédiate la terminaison funeste, de même et à plus forte raison l'ouverture dans le tissu cellulaire voisin est compatible avec une survie qui peut-être très longue. En effet, le sang continuant à s'épancher refoule et condense le tissu cellulaire voisin de façon à se creuser une cavité nouvelle et irrégulière.

C'est la tumeur ainsi formée, surajoutée au sac primitif après la rupture et qui présente habituellement, comme nous l'avons vu, tous les caractères d'un anévrysme, que l'on désigne sous le nom d'anévrysme diffus consécutif.

Ces anévrysmes diffus, consécutifs à la rupture de

l'aorte thoracique, ne sont pas rares et sont bien connus. L'ouverture du sac dans l'œsophage, la plèvre, ou tout autre organe du thorax et de l'abdomen, est précédée de la formation d'adhérences entre l'aorte et ces organes. L'ouverture de l'aorte dans l'intérieur du parenchyme pulmonaire, par exemple, dépend d'une pleurésie adhésive ancienne et il se produit alors une sorte d'anévrysme diffus dans le poumon même.

Mais, s'il n'existe pas d'adhérences, l'ouverture se fait dans le médiastin ou dans le tissu sous pleural. On a alors de grands anévrysmes diffus qui, après avoir détruit peu à peu les parties osseuses du thorax et décollé les tissus, viennent s'ouvrir à la peau. Ces malades vivent de longs mois, parfois des années, puis la mort survient par fissure de la peau. Cette fissure s'élargit en quelques heures ou en quelques jours pour donner finalement une hémorragie foudroyante.

Ce mécanisme de la survie dans les ruptures de l'aorte thoracique ne diffère guère de celui qu'enous avons pu constater dans les ruptures de l'aorte abdominale. Qu'observons-nous alors dans ce cas ?

Lorsque la rupture se produit, il peut exister des adhérences entre l'aorte (surtout, s'il s'agit d'anévrysme) et un organe voisin, l'estomac par exemple. Si la fissure est étroite, le sang, s'écoulant lentement, est retenu par ces adhérences; il se coagule en partie et les caillots limitent l'écoulement sanguin. Cet état peut rester stationnaire pendant quelque temps et il se forme une sorte de petit anévrysme faux consécutif qui, secondairement, vient ulcérer la paroi gastrique. Le sang fait alors is-

sue dans la paroi stomacale, puis dans la cavité même. A ce moment, des régurgitations sanglantes et du mœlena apparaissent, et le malade succombe lorsque l'ulcération s'étant élargie, il se produit une hémorragie abondante.

La survie, dans ces cas, se prolonge rarement; elle est, le plus souvent, de quelques jours.

D'autre part, si un épaissement du péritoine et des adhérences anciennes empêchent la propagation de l'adhérences anciennes empêchent la propagation de la déchirure à la séreuse péritonéale, le sang fuse dans le tissu cellulaire retro-péritonéal et infiltre les muscles voisins.

L'épanchement peut ainsi s'insinuer entre les muscles abdominaux, occuper le transverse, et, parfois, les adducteurs et se prolonger ainsi jusqu'au milieu des cuisses. D'autres fois le sang remonte le long du psoas et de l'iliaque, le plus souvent à gauche. Le carré des lombes est envahi et tous ces muscles sont dilacérés par des caillots. La sphère rénale est souvent aussi infiltrée et, comme nous l'avons vu dans plusieurs cas, on constate de l'anurie par compression du pédicule rénal. L'épanchement descend même parfois jusque dans la fosse iliaque interne.

C'est dans ces cas où l'épanchement diffuse, écartant muscles et aponévroses que l'on rencontre les douleurs atroces dans le dos, l'abdomen et les cuisses.

Mais le péritoine pariétal peut être rompu par la violence de l'hémorragie et le plus souvent, dans ce cas, il y a inondation de la grande cavité péritonéale et mort

subite. Cependant, si l'hémorragie n'est pas trop abondante, s'il existe des adhérences fortes, le sang peut être collecté, l'épanchement est limité et forme un hématome.

Le sang se coagule, surtout si l'ouverture du vaisseau est petite, et fait bouchon au niveau de l'orifice ce qui arrête l'hémorragie pour un moment. Puis une nouvelle irruption de sang a lieu qui décolle les tissus et fuse dans la direction de moindre résistance. Les tissus voisins se trouvent ainsi tassés. Il se produit un processus d'irritation et de condensation. La cavité première s'agrandit; le sang y entre à chaque systole cardiaque et en ressort lors du retrait du tissu, refoulé au moment de la diastole. L'anévrysme faux consécutif est constitué.

Cet anévrysme faux est perçu à la palpation et souvent l'auscultation permet de déceler un bruit de souffle. Il a des mouvements d'expansion et présente en somme les caractères d'un anévrysme vrai. Il diffère seulement de celui-ci par le fait qu'on ne peut trouver, dans les tissus de la paroi, aucune trace de tunique artérielle. La paroi est, en effet, formée par les tissus refoulés et par des couches de fibrine stratifiées.

Ces anévrysmes faux, consécutifs à la rupture de l'aorte abdominale, se forment, le plus souvent, dans l'hypochondre et le flanc gauche, parfois dans la région rénale et à gauche. Les organes abdominaux se trouvent déplacés et tassés par cette tumeur dont le volume varie d'une grosse orange à celui d'une tête d'adulte.

D'ailleurs, ces tumeurs ne restent pas toujours très

limitées et on retrouve, parfois, des caillots dans les muscles psoas, iliaques, adducteurs... constituant, en quelque sorte des prolongements de la tumeur primitivement formée.

Ainsi, la rupture de l'aorte abdominale ou de ses anévrysmes peut se faire suivant différents mécanismes : rupture dans un organe creux, rupture avec diffusion des caillots dans les muscles de l'abdomen et des lombes, rupture avec formation d'un anévrysme faux consécutif, présentant un véritable sac néoformé ; ce dernier mécanisme pouvant se réaliser en même temps que se fait une diffusion du sang dans les muscles voisins.

Ces processus de limitation de l'hémorragie sont évidemment relativement rares, et, rare aussi, par conséquent, est la survie dans les ruptures de l'aorte abdominale. Et si le malade ne meurt pas subitement, s'il y a survie, c'est le plus souvent pour quelques jours seulement. La mort vient rapidement, soit par ulcération d'un organe voisin, soit par rupture de la nouvelle poche et inondation de la cavité péritonéale.

Cependant, malgré leur nombre restreint des cas de survie importante ont pu être observés et nous avons pu trouver, dans la littérature, des exemples de survie de plusieurs mois : un mois (Hirtz, observ. n° 5) ; 3 mois (Buscarlest, observ. n° 7) ; 6 mois (Stockes, observ. n° 8) et même davantage (Stockes, observ. n° 9).

Il nous paraît utile que de telles éventualités soient mieux connues pour éviter de tomber dans l'erreur qui consisterait à écarter à priori le diagnostic de rupture de

l'aorte en raison même de la survie alors que celle-ci, est un phénomène exceptionnel, certes, mais possible.

Cette erreur est, d'ailleurs, facilitée par l'apparition de symptômes tenant, le plus souvent, à la formation de la tumeur et aux phénomènes de compression qu'elle détermine, symptômes qui prennent le premier plan et peuvent même paraître justifiables d'une intervention chirurgicale; c'est ainsi qu'on a pu penser à une appendicite (obs. n° 10), à un ostéosarcome du bassin (obs. n° 11), à un néoplasme abdominal (obs. n° 5), à une anurie par calculs (obs. n° 2), etc.. etc..

Par ailleurs, des phénomènes généraux de nature un peu particulière: collapsus, état syncopal, accompagné de selles fréquentes avec température très élevée ont pu même faire porter le diagnostic de choléra.

Les conditions nécessaires à la survie sont la petitesse de la rupture, la lenteur de l'hémorragie et surtout la présence de nombreuses adhérences dans l'abdomen.

OBSERVATION N° 1

Rupture de l'aorte abdominale. Formation progressive d'une tumeur de l'abdomen par le sang épanché. Mort lente.

Nous devons cette observation inédite à l'obligeance du docteur Verliac. Nous sommes heureuse de l'en remercier ici.

Un homme de 52 ans entre dans le service de chirurgie de Laennec, le 13 juillet 1911. Souffrant depuis six mois, il ressent des douleurs abdominales sous forme de crises douloureuses accompagnées de vomissements et de poussées diarrhéiques.

Il y a six semaines, les douleurs étaient si intenses, accompagnées de vomissements et de diarrhée, qu'un médecin porta le diagnostic de choléra. Le malade a encore 7 ou 8 selles par jour au moment de son entrée. On l'envoie en chirurgie parce que aux phénomènes douloureux paroxystiques, se joint, depuis quelques jours une augmentation progressive du volume du ventre. Le jour de son entrée le malade a deux syncopes.

A l'examen, on constate que le malade amaigri présente une température de près de 39°, un pouls rapide et un dyspnée notable. Une masse, du volume d'une tête d'adulte, occupe l'abdomen, la fosse iliaque gauche et plonge dans le bassin. Elle est très dure, ne présente, ni expansion, ni battements. Le docteur Dujarrier, appelé d'urgence, refuse d'intervenir pour cet ostéosarcome du bassin avec rupture veineuse probable.

Le malade meurt deux jours après.

A l'autopsie, on constate avec, de la bronchopneumonie tuberculeuse conglomérée des deux sommets pulmonaires des lésions abdominales considérables. Une masse énorme sous péritonéale occupe le flanc gauche, la fosse iliaque gauche, le petit bassin, l'espace prévésical. Sur cette masse violacée fait saillie une bosselure isolée, du volume du poing, juste au-dessous du duodénum et du pancréas.

Cette tumeur est constituée par du sang extravasé et la bosselure est une cavité qui communique en arrière avec l'aorte abdominale rompue.

Il ne s'agit pas d'un anévrysme vrai de l'aorte, mais d'un anévrysme faux consécutif à la rupture de l'artère abdominale et qui a, lui-même, diffusé petit à petit dans le péritoine.

OSBERVATION N° 2

*Rupture de l'aorte abdominale. Douleurs abdominales et anurie.
Néphrostomie. Mort le lendemain de l'intervention.*

Nous devons cette observation au Docteur Fey et nous l'en remercions vivement.

Lécn C..., 73 ans, entre à Necker, dans le service du Docteur Hallé pour anurie.

La dernière miction date de la veille. Elle s'est faite de façon normale ainsi que celles qui l'ont précédé.

Brusquement, à midi, en rentrant chez lui en tramway, le malade est pris d'une douleur en coup de fouet dans l'hypogastre. Il peut, cependant, rentrer chez lui sans aide. La douleur s'atténue, mais il persiste une envie continuelle d'uriner qui n'amène que des essais infructueux. Il fait venir un médecin attirant l'attention de celui-ci moins sur la douleur qui est très atténuée que sur l'impossibilité d'uriner. Un sondage vésical ne ramène pas d'urine et le malade entre à l'hôpital le 1er novembre.

On est en présence d'un malade bien portant en apparence. Le teint est un peu pâle, les lèvres décolorées, le pouls rapide, mais régulier, facilement perceptible. Température normale. Tension artérielle à 12—18,50 au Vaquez Lambry. Les jambes présentent un léger œdème mou gardant un godet peu accusé; elles sont sillonnées de fines varicosités. Langue sèche non rôtie.

Les pupilles sont en myosis mais réagissent à la lumière. Le cœur est volumineux, sa pointe abaissée et on note un souffle systolique d'insuffisance mitrale dont le malade connaissait l'existence mais qui semble actuellement bien compensée.

Rien d'autre à signaler à l'examen physique. Rien dans les antécédents, en particulier aucun antécédent lithiasique. On met une sonde à demeure qui ne ramène aucun liquide et on institue un traitement médical (révulsion, diurétiques).

Le 2 novembre. L'anurie persiste. Le malade se plaint de douleurs lombaires sourdes et continues et palpation montre à droite une certaine résistance de la paroi. Il présente un peu de céphalée et un léger prurit.

Le malade est passé dans le service du Professeur Legueu.

On pratique une distension vésicale et on tente, sans y réussir un cathétérisme des uretères. La radiographie ne montre aucun calcul. On pratique une néphrostomie droite. Celle-ci ne donne aucun résultat urinaire et le malade meurt le lendemain matin.

L'autopsie ne révèle aucune lésion rénale, aucun calcul, mais uniquement des lésions vasculaires qui sont les suivantes: un cœur gros avec des foyers de sclérose qui forment des tâches grises sur les piliers de la mitrale, quelques tâches de dégénérescence graisseuse à la face interne de la crosse aortique, enfin un volumineux anévrysme fusiforme développé au niveau de l'artère abdominale depuis les artères rénales jusqu'à la bifurcation aortique. A la partie antéro inférieure, l'anévrysme présente une rupture linéaire longue de 4 centimètres par laquelle le sang s'est épanché sous le péritoine remontant vers le rein plus à gauche qu'à droite et descendant dans le petit bassin dans la cavité duquel un peu de sang a filtré.

OBSERVATION N° 3

Rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal et dans l'arrière cavité. Survie de cinq jours.

Douglas Heischfelder : Diseases of the heart and aorta-Philadelphia 1910.

M. P., mécanicien, 30 ans, amené en octobre 1899 à Hopkins Hopital pour des troubles rénaux et gastriques. Ce malade avait eu pendant l'enfance la rougeole, la variole et la coqueluche, à 23 ans, la fièvre typhoïde. Il niait avoir eu la syphilis.

Six mois avant son entrée à l'hôpital il se plaint de douleurs abdominales qui n'avaient aucune relation avec la digestion mais qui parfois étaient plus intenses après un repas copieux. La douleur était, au début, très intense; elle força le malade à rester couché pendant 3 mois, et il réclamait de la morphine. Pendant 6 semaines le malade ne souffrait plus mais subitement une douleur aiguë « en coup de poignard » est apparue dans le côté droit, au-dessous des côtes et qui irradiait dans le testicule droit.

L'examen de l'abdomen décèle une pulsation marquée, visible de l'épigastre. La légion donnait de la matité à la percussion, et l'insufflation de l'estomac montra que la masse pulsatile était couverte par cet organe. Il y avait, en outre, une contracture

ntcable de cette région. M. le Docteur Osler a entendu un bruit systolique doux le 5 novembre, et une palpation soigneuse a révélé la présence d'une masse avec pulsation expansive. Le cœur était normal.

Le diagnostic d'anévrysme abdominal fut posé et une intervention fut décidée. Le malade fut opéré par le Docteur Finney.

Note du Docteur Finney. — Après incision de la paroi abdominale, l'estomac a été relevé et le péritoine de l'arrière cavité a été incisé. On a essayé de disséquer le pancréas et on y a renoncé à la suite d'hémorragies persistantes. L'incision a été agrandie vers le haut, le foie relevé et la tumeur est apparue au-dessus et à droite du pancréas. Une épingle a été enfoncée dans cette tumeur dans une profondeur de 3 à 4 cmfr., on a introduit 2 à 3 mètres de fil d'argent et de cuivre entrelacés, 10 milliampères de courant ont été laissés passer pendant une heure. L'aiguille a été enlevée et le fil d'argent a été coupé au ras du sac anévrysmal et fixé sur un nœud. Aucune hémorragie. Deux ou trois points de suture ont été faits sur le pancréas. L'incision a été refermée.

Le malade a bien supporté l'opération et a présenté un soulagement tellement considérable de la douleur que, 9 mois après, il n'avait aucun trouble quoique la pulsation anévrysmale existât encore avec un caractère expansif. A ce moment, il y avait un bruit systolique très fort sur toute la masse de la tumeur. La douleur, cependant, est réapparue graduellement et n'a jamais disparu. Les crises douloureuses paroxystiques vont apparaître et nécessiter des injections de morphine. Le malade revint à l'hôpital. La masse anévrysmale s'étendait de l'appendice xyphoïde

à 2 ou 3 cm. de l'ombilic, sa surface était lisse et, en aucun endroit, il n'y avait une expansion manifeste.

En janvier 1901, apparition subite de douleurs intenses dans la partie inférieure du dos et de l'abdomen; cette douleur faisait crier le malade et il prenait une position d'opisthotonos pour essayer de la soulager. La contracture abdominale était plus marquée; les jours suivants, des vomissements apparaissent.

A 4 heures de l'après-midi, les vomissements sont fréquents et répétés. Le malade est pâle, le pouls est petit et incomptable. Le malade se plaint de douleurs dorsales et abdominales surtout à droite. A 8 h. 45, on lui donne une injection de sérum physiologique et le pouls redevient plus fort.

Les jours suivants il y avait une matité dans le côté droit de l'abdomen due à la présence de sang dans la cavité péritonéale. Le bruit systolique de la tumeur avait disparu. Il y eut une amélioration sensible, cependant, une anurie complète s'établit peu à peu.

Depuis ce moment le malade s'aggrave. Son intelligence est intacte. Le 26 janvier 1901, cinq jours après la rupture, son pouls devient plus petit et le malade meurt à 10 h. 30.

L'autopsie confirma le diagnostic clinique. Elle montra un gros anévrysme sacciforme de l'aorte abdominale qui s'était rompu dans le tissu cellulaire rétropéritonéal et dans l'arrière cavité en produisant une oblitération et une compression des vaisseaux du rein droit. Il y avait une thrombose des vaisseaux renaux.

Dans le sac anévrysmal existait un gros caillot qui contenait le fil d'argent, mais un petit canal libre de sang s'était formé entre le caillot et la paroi anévrysmale. Il est probable que pendant

les mois qui ont suivi l'intervention et où il y eut une disparition de la douleur, le caillot remplissait tout le sac anévrysmal et le courant sanguin le séparait de la paroi anévrysmale, ce qui explique la distension de la poche et le retour des crises douloureuses.

OBSERVATION N° 4.

*Anévrysme de l'aorte abdominale. Rupture lente (cinq jours)
rétro péritonéale, avec formation d'un gros hématome.*

François Dainville et R. de Gennes. Bul. Soc. anæ. 1927,
p. 114.

Malade de 46 ans ayant passé 8 ans au Tonkin et à Madagascar où il a été atteint, en 1895, de paludisme avec splénomégalie considérable, et où il contracta une syphilis qu'il soigna seulement d'une façon locale.

Revenu en France, il ne ressentit, du fait de ces deux maladies, aucun trouble apparent. Il fit campagne pendant la guerre et fut violemment traumatisé par un éclatement d'obus qui l'enterra à demi.

La maladie actuelle évolua en trois périodes: phase préanévrysmale, phase d'anévrysme confirmé, phase terminale de rupture lente.

Au lendemain de la guerre, il commença à ressentir un ensemble de signes réalisant le syndrome d'aortite abdominale: crises douloureuses paroxystiques assez courtes et, au début, assez espacées, avec un point para-ombilical gauche; troubles digestifs consistant en constipation par périodes suivies de débâcles fluides. Malgré ces crises et des vertiges intermittents, dans leurs intervalles le malade continua le métier de manœuvre. Mais bientôt

les efforts, les repas, renouvelant les paroxysmes douloureux, le malade entre à l'Hôtel-Dieu en 1919, dans le service de M. Parmentier.

C'est à cette époque que l'anévrysme se confirma; le malade percevait déjà lui-même à travers sa paroi abdominale les battements de son aorte dilatée et la radiographie vint apporter un élément de certitude. Le Wasserman fut trouvé positif, et un traitement arsenical amena peu à peu la disparition des douleurs.

En mai 1920, le malade sortait de l'hôpital, travaillait et ne se soignait plus.

Au cours de l'été il recommença à souffrir et, le 28 octobre, il entra à Nanterre avec un syndrome douloureux presque continu.

La palpation montrait une volumineuse tumeur animée de battements réguliers avec mouvements d'expansion. Cet examen révélait, d'ailleurs, une douleur sourde. L'auscultation décelait un souffle systolique. En outre, l'examen du cœur montrait un souffle systolique à la pointe.

Constipation ne cédant qu'aux lavements.

Les crises douloureuses se succédèrent nombreuses à partir de ce moment en dépit des traitements arsenical et mercuriel combinés.

Le 12 janvier 1921, des douleurs à type d'irradiation du plexus solaire revêtirent une acuité et une persistance inusitées, empêchant tout repos. La constipation était absolue. Cet état s'aggrava rapidement, et, le 17 janvier au matin, nous trouvons notre malade avec la pâleur des grandes hémorragies, de l'angoisse, avec une tension à 4-8 (Fachon), puis à 7, 11. Les jours suivants, du hoquet, des vomissements, de la diarrhée

apparurent, accentuant encore la faiblesse et le malade mourut le 22 janvier 1921.

L'autopsie nous montra, dès l'ouverture du ventre, une énorme saillie médiane surtout développée à gauche et occupant les régions ombilicale, épigastrique, et l'hypochondre gauches.

Les viscères abdominaux, plus ou moins agglutinés par des adhérences sont rejetées à la périphérie.

L'intestin dévidé avec soin, présente des suffusions sanguines sous-péritonéales. Le colon est rejeté à la périphérie et réduit à l'état d'un cordon très dur.

L'anévrysme dégagé d'un énorme hématome déjà organisé qui soulevait le péritoine pariétal, le diaphragme et englobait les deux reins, aplatisant même le rein gauche, repose sur les dernières vertèbres lombaires qu'il a usées. Il occupe la face postérieure gauche de l'aorte et siège entre la mésentérique inférieure et les iliaques primitives.

Deux fissures occupent la région antérieure. L'intérieur de l'anévrysme est rempli de caillots fibrineux par couches.

L'examen de l'aorte montre de l'athérome prédominant au niveau de la crosse. L'intérieur du vaisseau est rempli d'un long caillot fibrinocruorique se prolongeant dans le ventricule et l'oreillette gauches.

Le cœur est gros. Les autres organes sont normaux; le foie est légèrement cirrhotique.

OSBERVATION N° 5

Rupture de l'aorte abdominale ectasiée avec survie exceptionnellement prolongée par formation d'un anévrisme faux consécutif (un mois).

Par le Docteur Edg. Hirtz, médecin de l'hôpital Necker, et L. Bodineau, interne des hôpitaux de Paris.

« Tribune médicale », janvier 1912.

Le nommé M. Alexandre, 38 ans, ferblantier, entre à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Albarran, pour des troubles urinaires.

Antécédents personnels : a fait 13 ans de service militaire aux colonies (Tonkin-Annam), a contracté à ce moment des habitudes éthyliques et le paludisme. Le malade nie avoir eu la syphilis. Cependant, pendant son séjour aux colonies, il fut soigné au moyen des pilules de Dupuytren pour une céphalée tenace à exacerbations nocturnes et accompagnées de chute des cheveux.

Maladie actuelle : dès 1909, le malade a souffert de douleurs dans la région lombaire gauche, douleurs continues s'exagérant la nuit, calmées lorsqu'il se couchait du côté malade.

Mais, c'est surtout depuis mai 1911 que les douleurs sont devenues plus vives, en même temps que les forces du malade déclinaient. Le 21 août 1911 : apparition de troubles urinaires (dysurie, pollakiurie), le malade entre à la clinique des voies

urinaires, salle Velpeau. Il subit, à ce moment, une cystoscopie qui ne décèle aucune lésion. D'ailleurs, ces troubles urinaires disparaissent en même temps que le malade se plaint de douleurs vives dans le membre inférieur gauche.

On l'envoie salle Chauffard, le 4 septembre 1911. Il est examiné à plusieurs reprises en notre absence par MM. Lœper et Paraf. A ce moment, outre sa douleur lombaire, le malade accuse des douleurs, vives, intermittentes, paroxystiques, dans tout le côté gauche (flanc et particulièrement membre inférieur).

On note une bande d'anesthésie occupant la partie antéro interne de la cuisse et la partie interne de la jambe, de la parésie dans le domaine du quadriceps, un reflexe rotulien exagéré du côté malade. La réaction de Wassermann pratiquée à ce moment est positive et l'examen du liquide céphalo-rachidien décèle une légère lymphocytose (6 à 8 lymphocytes par champ).

L'examen des différents appareils ne révélant rien d'anormal, on pose le diagnostic de radiculite et on fait, à huit jours d'intervalle, 2 injections intraveineuses de 0 gr. 30 d'arséno-benzol, injections d'ailleurs bien supportées par le malade qui ressent, dans les jours qui suivent un certain soulagement.

Le 1er octobre: le malade est examiné par l'un de nous, qui ne trouve pas de tumeur abdominale.

Le 10 octobre et jours suivants: la palpation de l'abdomen révèle par hasard, le malade ne s'étant plaint d'aucun phénomène nouveau, l'existence d'une tumeur abdominale occupant l'hypo-chondre, le flanc et la fosse iliaque gauches, ne débordant pas la ligne médiane, mate à la percussion, dure et au devant de laquelle on peut faire rouler le colon descendant rempli de matières fécales.

Fait capital cette tumeur est animée de battements, de mou-

vements d'expansion très nets, mais, par contre, on ne note pas de souffle. Les battements de la fémorale et de la pédieuse sont bien perçus. Ils sont synchrones avec ceux du côté opposé. Ils ne retardent pas sensiblement sur la pulsation cardiaque. Il n'existe du côté des membres aucun trouble circulatoire. A gauche on note seulement une impotence presque absolue du membre qui est immobilisé, cuisse fléchie sur le bassin.

Le malade se plaint toujours de douleurs vives, à peine calmées par la morphine à dose de plusieurs centigrammes par jour.

L'examen des différents organes ne révèle rien d'anormal.

L'état général du malade est cependant précaire. Son faciès est pâle, très anémié. Il a maigri de 9 kilos depuis son entrée dans notre service.

L'examen du sang dénote une diminution considérable du nombre des globules rouges.

L'examen radioscopique pratiqué par le Docteur Lesage, révèle seulement la présence d'une tumeur arrondie dans le flanc gauche. Il n'y a pas de mouvements d'expansion. Notons, cependant que l'examen n'a pu être fait qu'en position frontale, l'impotence du malade ayant empêché de lui faire prendre une autre position.

Dans les jours suivants, on envisage les divers diagnostics qui se posent: anévrysme de l'aorte abdominale, de l'artère iliaque primitive gauche, tumeur maligne.

L'absence de troubles circulatoires du côté des membres inférieurs, la perception nette des battements de la fémorale gauche, synchrones à la pulsation cardiaque l'aspect extérieur du malade, les résultats de l'examen radioscopique nous font penser qu'il s'agit plutôt d'une tumeur maligne, vraisemblablement sarcome.

25 octobre: la tumeur présente toujours les mêmes caractères, mais elle a augmenté très notablement de volume. Elle envahit à ce moment le triangle de Scarpa et on retrouve à ce niveau les mêmes caractères de pulsatilité et d'expansion, toujours par de souffle bien net.

1er novembre: mêmes symptômes. Apparition d'un gros œdème du membre inférieur gauche.

A partir de cette date le malade sous l'influence des injections répétées de chlorhydrate de morphine ne souffre plus et meurt le 13 novembre sans avoir présenté de phénomènes nouveaux, et avec toutes les apparences cachectiques d'un malade atteint d'une néoplasie maligne.

L'autopsie est pratiquée le 14 novembre.

Après incision de la paroi abdominale, on aperçoit aussitôt une tumeur sous péritonéale très volumineuse, occupant tout le flanc gauche, de coloration noirâtre. Il n'y a pas de sang dans la cavité abdominale.

Cette tumeur a refoulé en avant la masse intestinale et le rein gauche. Les différents viscères abdominaux, foie, rein, rate, estomac et intestins, étant enlevés, on incise le péritoine sur la tumeur, et aussitôt s'échappent de volumineux caillots, les uns franchement noirs, les autres plus récents, plus rouges. Ces caillots occupent tout l'hypochondre gauche et le flanc gauche. En incisant l'arcade crurale on en trouve jusque dans le triangle de Scarpa. Ils fusent même entre les abducteurs jusqu'à la partie moyenne de la face postérieure de la cuisse. Ils ne sont contenus par aucune poche anévrysmale.

Lorsque l'abdomen est débarrassé des caillots, il est aisé d'apercevoir sur l'aorte abdominale, un peu au-dessus de l'origine des artères rénales, un anévrysme sacciforme ayant repoussé

l'aorte à droite et ayant très fortement entamé le corps de la 12^e vertèbre dorsale et de la 1^{re} lombaire.

Cet anévrysme a les dimensions d'une petite orange. Il s'ouvre latéralement dans l'aorte par un orifice qui mesure 6 cm. environ de haut sur 4 cm. de large. La poche, qui le constitue, très nette au voisinage de l'aorte, se perd ensuite insensiblement et se continue avec le tissu circulaire tassé qui contient les caillots.

La portion sous-jacente de l'aorte, les artères iliaques primitives, iliaque interne et externe, la fémorale, sont incisés et trouvées normales.

Les différents organes : poumons, cœur et viscères abdominaux ne présentent aucune lésion. Ils sont seulement anémiés, blancs, complètement exsangues.

Notre malade était donc porteur d'un anévrysme sacciforme de l'aorte abdominale.

Cet anévrysme s'est fissuré, donnant naissance ainsi à un très volumineux anévrysme diffus. La rupture fissuraire a eu lieu insidieusement dans la première quinzaine d'octobre, sans qu'il soit possible de préciser davantage. La mort n'est survenue qu'un mois plus tard par cachexie.

OBSERVATION N° 6

Rupture d'un anévrisme de l'aorte, abdominale. Survie de 12 jours. Hématome sous péritonéal.

Chenot, « Bulletin de la Société anatomique », 1908.

W., 41 ans, gardien de la paix, entre le 14 mars 1908, dans le service du Docteur Talamon pour une douleur de la région lombaire avec prédominance au niveau de l'angle costovertébral gauche. Il souffre de cette région depuis 18 mois, mais depuis le 12 mars la douleur est devenue intolérable ; empêchant le malade de respirer. Aucune maladie antérieure, pas de syphilis, pas de rhumatisme. Il y a un an le malade a éprouvé de la fatigue et s'est plaint de courbatures des membres inférieurs. A diverses reprises, il a éprouvé de violentes palpitations contre lesquelles il a pris de la digitaline et du valérianate d'ammoniaque. Depuis, 2 mois, les symptômes fonctionnels cardiaques se sont accusés, en même temps sont apparus des vomissements alimentaires et bilieux.

Examen du malade : pâleur blafarde des léguments et amaigrissement considérable. La perte de poids qui avait débuté, il y a 5 ou 6 mois est de 25 kilos. Il pèse actuellement 57 kilos contre 79 en 1906.

La région lombo-costale, où le malade localise ses douleurs, montre un affaissement plus marqué du côté gauche. A ce niveau, dans l'angle costo-vertébral, la paroi est comme aspirée à

chaque inspiration. Le palper ne permet d'y trouver ni empâtement, ni tumeur. Cette recherche est d'ailleurs très douloureuse et ce fait joint à la contracture de défense de la paroi abdominale rend inefficace le palper bimanuel.

La température est 37°2. Dans les poumons, la respiration est normale. Pourtant, à la base gauche, on observe quelques frottements.

L'inspiration s'entend jusqu'à la base, il n'y a, ni matité, ni souffle, ni égophonie.

Le cœur est gros, sa pointe descend au niveau du 7^e espace sur la ligne mamellonnaire. Les battements sont réguliers, on entend un bruit de va et vient à la base, mais sans frottement perceptible au palper. Le 2^e bruit est parcheminé. On ne trouve pas de signes périphériques d'insuffisance aortique.

La langue est saburale, l'appétit nul. Les urines sont rares (700 gr.) ne contenant ni sucre, ni albumine.

19 mars. — L'attention est attirée par des crachats hémoptoïques assez abondants. Cette expectoration a débuté pendant la nuit. L'examen du poumon montre de la submatité à la base gauche remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate. L'espace de Traube est mat, le silence respiratoire est complet jusqu'à la partie moyenne de la fosse sous épineuse, sans souffle, ni égophonie mais avec abolition des vibrations.

Le foie est gros et douloureux. La température est normale.

21 mars. — Le malade se plaint d'intolérance gastrique. Les boissons glacées ne sont pas supportées. Les signes cardiaques restent les mêmes.

22 mars. — Les crachats hémoptoïques sont plus abondants.

De gros frottements sont apparus dans l'aisselle gauche. Mais ce qui frappe c'est l'état d'abattement du malade. L'amaigrissement est extrême. L'examen du sang montre une légère polynucléose.

23 mars. — Le malade est agité, anxieux; la faiblesse s'accroît.

25 mars. — Le malade est de plus en plus affaibli. Il reste couché sur le côté droit. L'espace de Traube est redevenu sonore mais on perçoit toujours de gros frottements sur la ligne axillaire. Le ventre est rétracté en bateau, la palpation lombo abdominale est impossible.

31 mars. — Vers 10 h. du matin, le malade est pris d'une sensation de défaillance, l'adynamie est extrême. Après plusieurs heures de collapsus il meurt le 1er avril.

Autopsie. — Dans la péricarde se trouvent environ 2 verres de liquide hémorragique. Nombreuses plaques athéromateuses sur la crosse de l'aorte.

L'estomac contient deux litres de sang liquide et en caillots.

En cherchant à libérer l'œsophage on crève une poche située sur son côté gauche et d'où sort du sang en abondance. Cette poche refoule le diaphragme, elle descend en bas jusqu'au pôle supérieur du rein. La poche ne peut être séparée en dedans d'une sorte de tumeur sous péritonéale du volume d'une orange, dure, située sur la ligne médiane et masquant la colonne vertébrale jusqu'à la 3e lombaire. L'aorte et la veine cave inférieure sont invisibles jusqu'au diaphragme. De cette tumeur, on voit émerger

le tronc coeliaque, la mésentérique supérieure et les artères rénales au ras du pôle supérieur du rein.

Pour détacher la poche il faut dénuder le rachis la 12e dorsale, la 1er et la 2e lombaires sont creusées d'une rainure transversale.

La tumeur extériorisée est énorme, grosse comme une tête d'adulte, remplie de caillots. Cette poche s'est développée aux dépens de l'aorte abdominale qui est souple et non athéromateuse entre l'origine des artères diaphragmatiques et l'origine des rénales. Elle est située à gauche de la ligne médiane avec un diverticule englobant l'origine du tronc coeliaque et de la mésentérique supérieure.

OSBERVATION N° 7

Rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale avec formation d'un anévrysme faux consécutif. Survie de trois mois.

M. Buscarlet, Service du Docteur Rendu. (Thèse Paul Bouel, Paris, 1890-91.)

Le 10 février, entre dans le service du Docteur Rendu, à l'hôpital Necker, un homme âgé de 46 ans. Jamais malade jusqu'en 1887; à ce moment, douleurs lombaires sourdes qu'il prit pour un lumbago. Ces douleurs augmentaient par la marche, les efforts. De temps en temps, le malade avait des crises douloureuses qui nécessitaient le repos. En même temps, il s'affaiblissait et, de jour en jour, était plus essouffé.

En octobre 1889, en faisant un faux pas, il dégringole tout un étage sur la région lombaire, se fracture trois côtes du côté droit, perd connaissance et devient momentanément paraplégique. C'est surtout dans la région lombaire qu'il souffre. Au bout de 3 semaines, il se lève difficilement et se met à boiter (claudication intermittente).

Le 19 janvier 1890, il sort, fait une longue marche. Le lendemain, il est pris de douleurs atroces dans le flanc gauche et la fosse iliaque irradiant dans la cuisse et le testicule. Il pâlit, devient syncopal et présente tous les signes d'une hémorragie

interne. Evidemment, il s'est fait, à ce moment par suite de la rupture de son anévrisme, un anévrisme faux consécutif.

Le 10 février, il se présente à l'hôpital, voûté, avec un aspect cachectique, sa respiration est anxieuse et courte. Il existe une voussure de la partie antérieure du thorax du côté gauche. A la percussion, on note une zone de matité qui s'étend de l'angle de l'omoplate au diaphragme. La respiration est lointaine, voilée, il existe de la pectoriloquie aphone.

Le cœur est dévié refoulé un peu en dehors. Le poumon est en bon état malgré un épanchement pleurétique qui est sanguinolent. Le cœur présent un souffle d'insuffisance aortique marqué dans le 3^e espace droit. Le pouls n'est pas celui de Corrigan, il est petit, lent, indiquant une très faible tension.

Le foie est gros et dur. Au niveau de la rate, il existe une déformation de la région qui est bombée, volumineuse. On reconnaît que cet organe est soulevé par une tumeur du volume d'une tête d'adulte mate à la percussion; à la palpation, elle est résistante, certains points donnent la sensation de flot, d'autres sont nettement fluctuants. Cette tumeur est animée de battements rythmés franchement expansifs; il existe un bruit de souffle très net. La région est le siège de douleurs sourdes.

On pose le diagnostic d'anévrisme de l'aorte sous diaphragmatique, siégeant plutôt au-dessus du tronc coeliaque et au-dessus des artères rénales.

La santé générale n'est pas atteinte. Le traitement consiste dans le repos au lit, le régime lacté, l'iodure de potassium.

Le 24 février, le malade se lève.

Le 9 mars, l'épanchement pleurétique semble avoir diminué.

Le 20 mars, on n'en trouve plus aucun signe. La tumeur ne

présente plus de battements visibles à l'inspection, le foie a diminué de volume.

Le 22 mars, le malade sort pour quelques jours.

Le 3 avril, il peut monter sans arrêt 2 étages. La tumeur est beaucoup plus petite, à peine expansive.

Le 21, il quitte l'hôpital. Le 26, il revient à grand'peine. Il est pâle, anxieux; toute la semaine, il a dû garder le repos et a souffert. A ce moment, où il se met au lit, il perd connaissance et meurt avec tous les signes d'une hémorragie interne.

Autopsie le 27 avril. — A l'ouverture de la cavité abdominale il s'écoule un flot de sang noirâtre et on trouve une masse de caillots qui adhèrent à l'épiploon au devant duquel ils se sont amassés. Ils se continuent avec d'autres caillots qui remplissent le petit bassin. Leur masse pèse 550 gr.

Enlevant tous les organes de la cavité abdominale, on trouve une dilatation de l'aorte abdominale s'étendant depuis l'orifice diaphragmatique jusqu'à 26 cm. au delà.

La rupture de la poche s'est faite au niveau de sa face postérieure près du bord droit. C'est une vaste déchirure déchiquetée, irrégulière, par laquelle s'échappent des caillots.

En ouvrant la tumeur par sa face antérieure, on constate que, tandis que cette dernière est formée par une paroi épaisse de 7 cm. et constituée par des couches de fibrine stratifiées et des tissus voisins refoulés sans qu'on puisse reconnaître la paroi aortique, la face postérieure de l'anévrysme, au contraire, est mince, friable, non recouverte de caillots anciens. C'est là que s'est faite la rupture et, quelque temps auparavant, il y avait eu une rupture incomplète, au même point, car on y trouve des caillots anciens infiltrés dans la paroi.

En résumé, il s'agit d'un anévrysme de l'aorte abdominale de grosses dimensions chez un athéromateux. Pendant deux ans, la tumeur est bien supportée mais, à la suite d'une chute sur les reins, l'anévrysme s'est rompu, donnant lieu à un anévrysme faux consécutif dans la sphère rénale. La mort est survenue trois mois après nouvelle rupture subite.

OBSERVATION N° 8

Anévrysme de l'aorte abdominale. Epanchement sanguin sous péritonéal formant une tumeur pulsatile dans l'hypochondre gauche. Décollement du péritoine dans les régions iliaque et lombaire. Survie de six mois.

Stockes, « Traité des maladies du cœur », observation LXXVIII.

Un boucher, 34 ans, entre à Health Hospital, dans le service du Docteur Graves, en novembre 1890. Il déclare que 18 mois auparavant il avait ressenti, en soulevant un objet pesant, une violente douleur dans le creux de l'estomac. Cette douleur ne fut point, cependant, assez forte pour l'empêcher de travailler. Elle disparut après quelques jours. Sa santé resta assez bonne pendant un an. S'étant alors exposé à être mouillé, le malade fut pris d'un frisson, suivi d'une douleur à l'épigastre avec chaleur brûlante, sensation de battements épigastriques, vomissements et palpitations.

A partir de ce moment, il eut de la prostration morale et de la lassitude. Le malade se réveillait en sursaut, il était tourmenté par des rêves pénibles; il avait, en outre, de la tendance à la défaillance se reproduisant de temps à autre, une irritabilité très grande de l'estomac et de la constipation. Quelques jours auparavant, il était survenu une douleur avec sensation de pulsation dans la région rénale gauche.

A son entrée à l'hôpital, le malade était pâle et amaigri, ses traits exprimaient l'anxiété et il accusait de la faiblesse dans les régions lombaires et dans les hanches; cette faiblesse s'étendait à la partie antérieure des cuisses et elle s'accompagnait d'une sensation de refroidissement et d'engourdissement. Toutes ces parties étaient indolentes à la pression; les pieds s'appuyaient avec force, mais le malade boitait et l'augmentation des douleurs par le mouvement l'empêchait de marcher longtemps. Il souffrait aussi beaucoup la nuit.

Une tumeur diffuse, avec bruit de souffle et pulsations violentes, occupait l'épigaste et s'étendait jusque dans l'hypochondre gauche; à sa partie latérale et inférieure, la palpation faisait découvrir une masse irrégulière et dure, du volume de la paume de la main. En ce point, on ne percevait pas de battements; on en trouvait, au contraire, le long du bord inférieur des côtes et il était possible de les suivre jusque dans la région rénale gauche; là ils devenaient très évidents. Les pulsations à l'épigaste étaient plus fortes lorsque le malade était couché sur le dos. Le malade se plaignait pendant son sommeil de sensation de constriction dans la région précordiale.

Il n'y avait, ni toux, ni dyspnée; les fonctions urinaires étaient normales. Il existait de la constipation.

Au 18^e jour de séjour à l'hôpital la tumeur était étendue des côtes jusqu'à la crête iliaque, elle atteignait la ligne médiane du corps et occupait ainsi toute la moitié gauche de l'abdomen. Ce nouvel épanchement ne présentait pas de pulsations, le battement épigastrique beaucoup moins fort qu'auparavant s'était limité à un seul point à droite de la ligne médiane.

Au 20^e jour, la physionomie exprimait le désespoir, la face était d'une pâleur mortelle et les lèvres blanches. Dans la journée

précédente, le malade avait éprouvé, dans l'aîne gauche, une douleur intolérable qui lui arrachait des cris et l'obligeait à sauter hors du lit. Cette douleur dura 5 minutes, puis on reconnut l'existence d'une tumeur inguinale agitée de pulsations faibles. Une heure après, le malade fut pris d'une nouvelle douleur très intense dans la région lombaire gauche. Il s'affaiblit ensuite et mourut dans la journée.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, les muscles et le péritoine de la paroi antérieure ne présentent rien d'anormal. Les intestins, le foie, la rate et le pancréas sont sains. La membrane séreuse qui tapisse les régions lombaires et iliaque gauche est repoussée en avant et en haut par une quantité considérable de sang noir coagulé qui a porté la rate et l'estomac à droite et en avant. Le caillot sanguin s'étend en avant de la colonne vertébrale et repousse le rein gauche en avant et vers la ligne médiane; le tissu des muscles psoas et iliaque gauches est infiltré de sang. Celui-ci entoure et comprime les nerfs du membre inférieur correspondant. Le sang coagulé, placé le long de la colonne vertébrale est évidemment épanché depuis plus longtemps: il est brun, fibrineux et disposé en couches concentriques qu'on sépare facilement mais qui sont entremêlées de nombreuses fibres rougeâtres.

A gauche de la colonne vertébrale, et un peu au-dessus du rein se trouve le véritable sac anévrysmal. Il est formé par un tissu cellulaire blanc et dense et sa cavité, presque régulièrement sphérique, est assez grande pour contenir une petite orange. Le sac est ouvert sur 2 points différents: l'une de ces ouvertures est située un peu à gauche et c'est par elle qu'une grande quantité de sang a pu s'épancher sous le péritoine; elle est située à distance égale de l'origine du tronc cœliaque et des artères mésent-

tériques inférieures. Les 3 premières vertèbres lombaires sont détruites en grande partie, mais les disques intervertébraux correspondant sont beaucoup moins altérés; leur surface est lisse, mais déprimée, elle semble avoir été aplatie par des chocs répétés.

OBSERVATION N° 9

Anévrysme de l'aorte abdominale. Apparition de tumeurs pulsatiles dans les régions lombaire et iliaque gauches. Mort par épanchement dans la plèvre dû à une nouvelle rupture.

Stockes, « Traité des maladies du cœur », observ. LXXVII.

Un homme de 43 ans présentait les symptômes d'un anévrysme depuis 3 mois et demi lorsqu'il fut admis à l'hôpital. La maladie avait débuté par une douleur très forte dans l'abdomen et dans la région lombaire. La douleur du ventre s'apaisa bientôt, mais elle persista dans le dos et s'étendit à la hanche gauche.

Il survint en même temps de la soif et des nausées. Depuis lors, le malade fut sujet à des accès de fièvre fréquents, de douleurs se montrant simultanément dans le dos et dans l'abdomen avec oppression et sensation de défaillance rapportées à la région précordiale. Ces douleurs s'accompagnaient de frayer.

A son entrée à l'hôpital, le malade était émacié, il marchait avec peine en raison des douleurs existant dans la hanche et la cuisse qui était le siège de soubresauts convulsifs. Il y avait en même temps, des douleurs de coliques au niveau de l'hypochondre et de la fosse iliaque gauche. La pression ou le décubitus ventral procurait du soulagement.

Les trois dernières vertèbres lombaires étaient très sensibles à la pression, il en était de même de toute la région gauche et du pli de la fesse. A l'épigastre et dans l'hypochondre gauche, la

palpation était douloureuse, et elle décelait la présence d'une tumeur remplissant ces régions. Cette tumeur pulsatile présentait un bruit de souffle rude.

Après un septenaire, le malade fut pris de coliques violentes et d'une douleur intense dans le dos. Ces accidents avaient été précédés de deux accès de frissons très violents suivis de sueurs; l'accès dura tout le jour, il fut arrêté par l'administration d'huile de ricin. Le malade s'endormit profondément et lorsqu'il se réveilla, les douleurs dorsales et abdominales avaient disparu et la tumeur n'était plus douloureuse.

A partir de ce moment, des accès douloureux se produisirent très fréquemment; ils n'étaient calmés que par des doses considérables d'opium et par l'application de sangsues dans la région rénale. En dernier lieu, la douleur occupait plus particulièrement la fosse iliaque gauche.

Quelques jours plus tard, nous reconnûmes l'existence d'une nouvelle tumeur pulsatile placée immédiatement derrière l'épine iliaque gauche.

La face était hippocratique, le ventre tuméfié et très sensible à la pression, les battements de la tumeur épigastrique avaient diminué d'une façon notable. Le malade accusait de l'engourdissement dans le membre inférieur gauche. Le jour suivant, la sensibilité du ventre disparut en grande partie, mais, à partir de ce moment, le malade s'affaiblit progressivement.

A plusieurs reprises, il tomba dans un état voisin de syncope. Enfin, 4 jours après l'apparition de la seconde tumeur il se coucha et expira sans agonie.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, le péritoine et les intestins paraissent sains, mais on constate une coloration de la portion pariétale du péritoine gauche. Cette coloration est due

à une couche de sang extravasé dans le tissu cellulaire sous séreux et n'ayant pas plus d'une ligne d'épaisseur.

En poursuivant l'examen, on trouve deux tumeurs volumineuses : la première et l'antérieure est placée entre les muscles abdominaux et le péritoine ; elle occupe plus particulièrement le muscle transverse et s'étend du ligament du Poupart à la dernière fausse côte. La deuxième a un volume moitié moindre, elle s'adosse au muscle psoas. Ces deux tumeurs sont remplies de sang noir coagulé.

Dans la cavité gauche du thorax se trouve plus de trois litres de sang coagulé ; après s'en être débarrassé par un lavage, on trouve un caillot fibrineux du volume de la paume d'une main faisant saillie dans la cavité pleurale, tout près de la colonne vertébrale. Ce caillot, parti du sac anévrysmal primitif. Au-dessus, on constate l'existence d'une large ouverture communiquant avec une cavité placée entre les piliers du diaphragme et les vertèbres dorsales, c'est l'anévrysme primitif.

Le sac est étendu sous les deux piliers du diaphragme. A droite, il forme une tumeur solide composée de couches concentriques de fibrine ; à gauche, il présente deux ouvertures l'une communiquant avec la plèvre, l'autre avec l'épanchement sous péritonéal.

OBSERVATION N^o 10.

Rupture spontanée de l'aorte abdominale. Formation d'un anévrysme faux consécutif. Mort par hémorragie cérébrale avant la rupture de cet anévrysme. Survie de 4 jours.

Goëri et A. Marcandier, médecins de la marine à Brest. Présenté par M. Laignel-Lavastine. « Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris », 1920, p. 998.

S. François, 27 ans, ouvrier à l'arsenal, entre à l'hôpital de Brest le 6 mars 1920. Son billet d'entrée portait la mention : en observation pour coliques appendiculaires.

Marié depuis 3 ans, a eu un fils, né à terme, mort à 2 jours ictérique. Pas de syphilis avouée, ni d'éthylisme.

Les douleurs dont se plaint le malade, et qui sont très violentes, font écarter, par leur siège, l'idée d'appendicite. Elles ont leur maximum aux régions lombaires avec prédominance à gauche; elles irradient vers le pubis. Le ventre est souple, non ballonné, non douloureux dans les fosses iliaques. C'est seulement derrière le pubis que la pression profonde exacerbe une douleur constante. La paroi abdominale se laisse facilement déprimer et la palpation ne révèle rien d'anormal.

La température à l'entrée est de 37°2, le cœur est hypertrophié, les bruits en sont nets, un peu claquants. Les artères sont dures. Le pouls à 80, est tendu et vibrant. Le malade a l'aspect d'un scléreux prématurément vieilli. Il va régulièrement à la

selle et n'a pas de vomissements. Les urines un peu diminuées sont, par ailleurs, normales.

Jamais, auparavant, cet homme n'a eu de crise douloureuse violente comparable à celle dont il souffre actuellement, mais sa femme dit que depuis son mariage, il se plaint presque constamment du ventre.

Sous l'influence de compresses humides, chaudes et de doses modérées de morphine, les douleurs s'atténuent pendant les journées du 7 et du 8. Les températures sont, pour le 7, 37°8 le matin et 37°6 pour le soir; pour le 8, 37°8 et 38°.

Le 8, à 17 h., le ventre, toujours souple, est beaucoup moins sensible.

Le 9, à 8 h., le chef-infirmier rend compte que la nuit fut très agitée, qu'une crise douloureuse a éclaté vers 4 h., que le malade a tenu aux infirmiers des propos incohérents, qu'il avait des hallucinations, qu'enfin depuis une demi-heure il est calme et semble dormir.

La bouche légèrement entr'ouverte, la respiration régulière, les yeux fermés, le malade est, en réalité, dans le coma. Les membres sont en résolution complète, l'insensibilité absolue. La face n'est pas déviée, les pupilles sont fortement contractées.

Ce qui frappe dès qu'on découvre le malade, c'est l'existence d'une tumeur abdominale volumineuse occupant la ligne médiane du pubis à l'ombilic et qui est soulevée par l'aorte. On introduit une sonde qui donne 500 gr. d'urines claires. La tumeur reste toujours, elle est maintenant séparée du pubis par un espace sonore de 2 travers de doigt. Elle est mate, rénitente, fixée dans la profondeur mais légèrement mobilisable latéralement; elle est animée de battements synchrones au pouls mais n'a pas d'expansion latérale. L'auscultation à son niveau ne

révèle pas de souffle. Les battements des fémorales n'ont pas de retard sur ceux des radiales.

La résolution musculaire est plus marquée à droite qu'à gauche où le genou résiste un peu à la flexion. Les réflexes sont abolis. Une brève crise de hoquet survient toutes les demi-heures environ. Le pouls est à 90, bondissant et dur.

On pratique une saignée de 300 gr. qui n'amène aucune modification. Le sang contient 0 gr. 33 d'urée. L'urine 21 gr. 5 d'urée, 4 gr. 20 de chlorures par litre.

Le soir, à 16 h., le pouls est à 120, les artères sont affolées. Les fémorales sont tendues à l'extrême et bondissantes. Le malade n'a pas uriné sous lui, la sonde retire 250 gr. La tumeur abdominale semble s'être un peu affaissée et déviée à gauche, elle participe à la danse des artères. On pratique une saignée de 400 gr. après laquelle la pression au Pachon est de 18-8. La température est à 38°. Rien n'est modifié dans l'état de la paralysie.

Vers 21 heures apparaît l'irrégularité respiratoire et la mort.

Autopsie le 11 mars. — A l'ouverture de l'abdomen apparaissent des anses intestinales aplaties recouvrant une tumeur volumineuse qui les soulève. Ces anses déchirées, la tumeur ovoïde à grand diamètre vertical refoulant au devant d'elle le péritoine postérieur et l'attache du mésentère qui la croise en écharpe, semble constituée par un énorme caillot visible par transparence. On sectionne, pour la dégager, l'attache du mésentère dont les feuillets sont décollés à la base par un peu de sang infiltré; on éviscère la masse intestinale. Latéralement, du sang s'est infiltré entre les deux feuillets des mésocolons verticaux. Le sang a fusé sous pression à travers la mince paroi antéro-

latérale de la tumeur, mais cette paroi ne présente pas de solution de continuité. Il n'y a pas eu d'inondation rétro-péritonéale.

Le gros de la masse sanguine extravasée est maintenue dans la poche bien close dont la paroi fort mince en avant va s'épaississant sur les côtés. Il s'agit d'un anévrysme faux consécutif; un mince feuillet péritonéal le bride en avant doublé sur les côtés d'adhérences conjonctives lamelleuses.

Cette tumeur anévrysmale va de la 1^{re} lombaire à la base du sacrum; elle mesure 18 cm. du pôle supérieur au pôle inférieur, 12 cm. transversalement et 10 cm. dans le sens antéro postérieur en son milieu. Elle est médiane, avec latéralisation légère à gauche. Elle est fixée en arrière par un pédicule haut de 6 cm., large de 5; partout ailleurs la main peut en faire le tour.

Les caillots enlevés après incision de l'enveloppe péritonéale, l'aorte apparaît béante sur une hauteur de 2 travers de doigt. La ligne de rupture est verticale, antérieure et médiane. Son extrémité inférieure siège immédiatement au-dessus de la naissance des iliaques.

La surface de l'endartère est inégale et rugueuse. La paroi aortique, dans toute la zone de rupture, est épaissie; elle reprend insensiblement au-dessus et au-dessous son aspect habituel. Le vaisseau n'est pas dilaté, sa lumière, au contraire, est un peu rétrécie. Il n'y a pas de plaques d'athérome.

L'aorte est de consistance et d'aspect normaux dans tout le reste de son étendue.

Les reins sont congestionnés. Le foie est volumineux et gras; la rate est petite. Les poumons sont sains. Le cœur, surchargé de graisse, est hypertrophié (430 gr.) surtout le cœur gauche; les valvules sont suffisantes, l'aorte orificielle est souple.

A l'ouverture de la boîte crânienne, la duremère apparaît ex-

sangue; les hémisphères sont élargis. Une plaque de sang gelée de groseille occupe l'angle interpédonculaire. Il y a inondation des ventricules et le point d'effraction siège dans la couche optique du côté droit creusée d'une cavité aufractueuse des dimensions d'une noisette.

L'examen histologique des tuniques de l'aorte a montré qu'il s'agissait d'une aortite syphilitique.

OBSERVATION N° 11

Rupture de l'aorte avec formation d'un anévrisme faux consécutif ouvert secondairement dans la paroi gastrique. Survie de deux jours.

Gouraud et Muret, Société anatomique, 1902.

Rupture au niveau d'une pustule siégeant à la face antérieure. Cette rupture avait été suivie de la constitution d'un anévrisme faux avec formation d'un épais caillot cylindrique repoussant l'œsophage, en avant.

La paroi postérieure de celui-ci s'était ensuite fendue sur une hauteur de 4 cm., mais le caillot avait bouché l'orifice. Enfin, la partie inférieure de ce faux anévrisme avait nécrosé la paroi gastrique au voisinage du cardia; par là le sang avait rempli l'estomac.

L'histoire clinique permettait de reconstituer les trois temps: syncope subite; 36 heures après, régurgitations sanglantes; le soir du 2^e jour, mort subite.

CONCLUSIONS

I. — La rupture de l'aorte abdominale, anévrysmatique ou non n'entraîne pas toujours la mort immédiate.

II. — La proportion des cas de survie après la rupture est inconnue; mais nous avons réuni un nombre de cas suffisant pour montrer que cette éventualité doit être présente à l'esprit du clinicien.

III. — Le diagnostic de rupture de l'aorte est facilité par le diagnostic antérieur d'anévrysme. En l'absence de cette notion, il faut songer à la rupture aortique en sac de douleurs abdominales à début brusque avec signes d'hémorragie interne et apparition d'une tumeur abdominale. Des phénomènes secondaires ou accessoires peuvent entraîner des erreurs de diagnostic ou poser de fausses indications opératoires.

IV. — La survie est due à la limitation mécanique de l'hémorragie, quelque en soit le processus.

Vu :

Le Doyen,
ROGER.

Vu :

Le Président de la Thèse,
LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et PAISSEAU, *Presse médicale*, 1905, n° 23.
- BOINET, *Traité de médecine et de thérapeutique*, Gilbert et Thoinot.
- BOUEL, *Contribution à l'étude de l'anévrisme de l'aorte abdominale*. Thèse, Paris, 1891.
- CHENOT, *Bul. et Mém. Soc. anat.*, 1908.
- DACQUET, *Contribution à l'étude du diagnostic des anévrismes de l'aorte abdominale*. Thèse, Paris 1889-1890.
- DOUGLAS HEISCHFELDER, *Deceases of the Heart and aorta*. Philadelphia, 1910.
- DUHOT, PÉLISSIER et MACQUET, *Rupture spontanée de l'aorte abdominale*. Bul. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1920.
- DUMAS Julien, *Contribution à l'étude de l'anévrisme saciforme de l'aorte abdominale*. Thèse, Paris, 1911.
- DURAND, *Etude anatomique d'un cas de rupture spontanée de l'aorte*. Thèse, Paris, 1919-1920.
- DÜRR Martin, Bul. et Mém. de la Soc. anat., 1891, p. 38.
- GOÉRE et MARCANDIER, Bul. et Mém. de la soc. médicale des hôpitaux de Paris, 1920, p. 998.
- GOURAUD et MURET, Bul. et mém. soc. anat., 1902.
- HIRTZ et BODINEAU, *La survie dans la rupture des anévrismes de l'aorte abdominale*.

- JEULIN, *Contribution à l'étude de l'anévrisme de l'aorte abdominale*. Thèse, Paris, 1925.
- LETULLE, *Contribution à l'étude de la syphilis artérielle*. Bul. et mém. de la Société anatomique. Paris, 1909.
- Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1905:
Anévrisme dissiquant spontanément guéri.
- Bul. et mém. de la Soc. anat., 1909.
- MAINDRON, Bul. et Mém. de la Soc. anat., 1864.
- MARTIN, *Rupture traumatique de l'aorte*. Thèse, Paris, 1905-1906.
- NISSIM, Bul. et Mém. de la Soc. anat., 1894.
- Petrovitch SAVA, *Contribution à l'étude des anévrysmes diffus consécutifs de l'aorte et particulièrement des anévrysmes diffus thoraciques*. Thèse, Paris, 1890-1891.
- ROCHARD et DEHELLY, *Rupture spontanée de l'aorte abdominale au début d'une laparotomie*. Bul. et Mém. Soc. Anat. Paris, 1909.
- ROHRlich, *Les ruptures spontanées de l'aorte par aortite scléroatrophique syphilitique*. Thèse, Paris, 1926.
- ROUX, *Valeur symptomatique et diagnostic des névralgies et, en particulier, de la névralgie iléo lombaire dans les anévrysmes de l'aorte abdominale*. Thèse, Paris, 1906-1907.
- STOCKES, *Traité des maladies du Cœur*.
- STOUPY, *Dilatation athéromateuse de l'aorte*. Thèse, Paris, 1876.
- TOLOT et SAVORNAT, *Rupture spontanée de l'aorte*. Revue de Médecine, Lyon, 1904.

